

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 檢驗醫學部
高雄市三民區自由一路100號
Tel: 07-3121101#7260

委託病理切片申請書

本人_____ (身份證字號_____ 民國____年____月____日生) 目前在_____醫院接受診治, 負責之主治醫師為____醫師。茲因醫療上之需要, 委託高雄醫學大學附設中和紀念醫院病理部進行病理切片(病歷號碼:_____, 病理編號:_____)

此致 _____ 醫院 病理部

病人或代理人:_____ (簽名)
(代理人與病人之關係:_____)

中華民國____年____月____日

檢體需求: 1.組織空白切片每片20 μ m共8片, 分裝於1.5mL離心管中2管
2.H&E 切片一片

病理組織在高醫病理部:

請填寫1.委託病理切片申請書2.標靶基因檢測申請單(病理編號務必填寫) 3.基因突變分析檢測病人同意書。

高醫本院病人案件:請直接將上述表單送至高醫病理部(9C)

外院病人:請將上述表單郵寄至高雄市三民區自由一路100號病理部

電話:07-3121101 # 7081

病理組織在外院病理科:

請填寫1.病理切片請求書暨借閱單 2.標靶基因檢測申請單(病理編號務必填寫), 3. 基因突變分析檢測病人同意書。

高醫本院病人案件:將上述表單, 直接送至高醫病理部由病理部幫忙對外調片。

外院病人:請填寫1.標靶基因檢測申請單(病理編號務必填寫) 2.基因突變分析檢測病人同意書, 連同組織空白切片 及H&E 切片一片備妥, 送至高雄三民區自由一路100號啟川大樓11樓檢驗醫學部基因診斷實驗室 電話:07-3121101 # 7259 , 7260